

# 予診票の記入例

## 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票

請求先提出用

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

住民票に記載されている住所	兵庫県 芦屋市		市区町村	芦屋市
フリガナ	アシヤ タロウ		電話番号	(0797) 12-3456
氏名	芦屋 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日(西暦)	1970年	10月	10日生(満)	50歳
診察前の体温	36度	2分		

接種当日に会場にて貼るため、シールの貼り付けは不要です。

接種日当日に測定して記入してください

質問事項		はい	いいえ
新型コロナウイルスワクチンの接種を初めて受けますか。 (接種を受けたことがある場合 1回目: 月 日、2回目: 月 日)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現時点で住民票のある市町村と、クーポン券に記載されている市町村は同じですか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
『新型コロナウイルスワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
接種順位の上位となる対象グループに該当しますか。 <input type="checkbox"/> 医療従事者等 <input type="checkbox"/> 65歳以上 <input type="checkbox"/> 60~64歳 <input type="checkbox"/> 高齢者施設等の従事者 <input checked="" type="checkbox"/> 基礎疾患を有する(病名: )	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全 <input checked="" type="checkbox"/> その他(慢性の心臓病で通院中)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )			
最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名( )	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日、体に具合が悪いところがありますか。症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの(卵 2年前)	<input checked="" type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ	
これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類( ) 症状( )	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受けた日( )	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	
今日の予防接種について質問がありますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input checked="" type="checkbox"/> いいえ	

HPに説明書を掲載しています。ファイザー社製と武田/モデルナ社製の2種類があります。

医師記入欄	以上の問診及び診察の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可能 ・ <input type="checkbox"/> 見合わせる ) 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。	医師	代筆される場合は、被接種者氏名・代筆者氏名・続柄の3点をご記入ください。16歳未満の方が被接種者の場合は保護者氏名のみで構いません。
-------	--	----	--

新型コロナウイルスワクチン接種希望書	
医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( <input type="checkbox"/> 接種を希望します ・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません )	
この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。	
このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。	被接種者又は保護者自署 芦屋 太郎
年 月 日	(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載) (※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被後見人の場合は本人又は成年後見人自署)

ワクチン名・ロット番号	接種量	実施場所・医師名・接種年月日	※医療機関等コード・接種年月日は枠内に収まるよう記入してください。
シール貼付位置	ml	実施場所	医療機関等コード
※枠に合わせてまっすぐに貼り付けてください (注)有効期限が切れていないか確認		医師名	接種年月日 ※記入例) 4月1日→04月01日
			2020年 月 日

接種日当日にご記入ください

記入不要